LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Revue critique : Sur les dermatites pyémiques, par le Dr L. Jumon, 697. — **Revue de la presse** : Traitement de l'anémie lymphatique, 699. — La question du surmenage dans les écoles, 699. — **Académie de médecine** : *Séance du 8 septembre.* — Présidence de M. Chatin père, 600. — L'œuvre médicale de Quesnay, 600. — La variole à Marseille, 600. — Toxicité des alcools, 600. — **Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie** : 4e session tenue à Londres du 4 au 8 août 1896, 600. — Nosologie et pathogénie du prurigo, 600. — Durée de la période contagieuse de la syphilis, 602. — Iodure de potassium dans certains accidents de la syphilis secondaire, 603. — Les tuberculoses de la peau, 603. — Kystes graisseux sudoripares, 604. — Onychorrhexis, 604. — Traitement de l'épithélioma cutané, 605. — Rhinosclérome, 605. — Eczéma chronique végétant du nez et des lèvres, 605. — Contagiosité de l'eczéma séborrhéïque des régions inguinales, 606. — Traitement de la chancrelle phagédénique par l'irrigation continue avec le permanganate de potasse, 606. — Les trichophyties et la teigne à petites spores de Grüby, 606. — Des hyperkératoses circonscrites, 608. — Du traitement des leucokératoses buccales, 608. — De l'iodhydrate d'iodate de quinine dans les accidents syphilitiques secondaires, 609. — Prophylaxie de la lèpre, 609. — **IIe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique** : Tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896, 609. — Le traitement des suppurations pelviennes, 609. — **Nouvelles**, 611.

REVUE CRITIQUE

Sur les dermatites pyémiques

Par le Dr L. Jumon

Jusqu'à présent on possède très peu d'observations sur les affections pyémiques de la peau. On connaissait bien des faits cliniques qui montraient que diverses dermatoses appartenant au groupe des érythèmes, multiforme, noueux, purpura, étaient parfois des complications de la pyémie, cependant la pathogénie de ces affections restait très obscure. Neumann, Oehme, Uffelmann admettaient bien une relation entre l'érythème noueux et la rétention du pus, mais ils n'en donnaient pas le mécanisme. Les dermatologistes, Kaposi notamment, considéraient que ces éruptions étaient dues à l'action du contagium spécifique sur les nerfs vasculaires, le résultat de cette action était l'érythème ; c'est là la théorie angioneurotique.

Or voici que le prof Früger (1) de Vienne, dans deux cas, l'un de dermatite hémorragique, l'autre d'érythème papuleux, a pu démontrer que ces dermatites ne sont pas de nature angioneurotique, mais que ce sont des manifestations directes, métastatiques, bactériennes de la pyémie. Vidal et Thérèse, dans un cas d'érythème hémorragique chez un homme mort de néphrite chronique, avaient trouvé des embolies de streptocoques dans les vaisseaux cutanés. Unna a de même décrit deux cas de dermatose bactérienne, l'une produite par le streptocoque pyogène, l'autre par le staphylocoque doré. Enfin Singer a dernièrement démontré que l'exanthème de la fièvre typhoïde est une dermatose bactérienne causée par le bacille typhique.

Le nombre des recherches relatives aux affections cutanées bactériennes métastatiques est très petit comparativement à la fréquence des dermatoses pyémiques observées.

Le fait résulte de la difficulté de l'examen et du polymorphisme de la dermatite pyémique qui se présente sous des aspects cliniques très variés.

Parmi les formes nombreuses de dermatoses pyémiques, Früger a étudié la dermatite pyémique circonscrite suppurante et la dermatite pyémique hémorragique.

La première a été aussi appelée pseudofuronculose pyémique.

Le furoncle lui-même est une maladie infectieuse locale d'origine externe. Leloir le premier a établi l'origine métastatique de certains furoncles ; il a publié un certain nombre de cas dans lesquels l'éruption furonculeuse aiguë s'était développée après une gastrite, l'influenza, surtout à la suite d'angines phlegmoneuses. Il a admis l'origine métastatique, mais sans en donner la démonstration. Escherich, qui a étudié surtout la furonculose du nourrisson, a démontré que la maladie attribuée à la tuberculose ou à la dyscrasie grave, était due à la migration du staphylocoque pyogène, qui pénétrerait dans les tissus soit par la voie vasculaire, soit directement par la surface de la peau. Mais les recherches qu'Escherich a faites sur ces deux modes pathogéniques lui ont montré que seule la pénétration des germes à travers

(1) *Ein Beitrag zur Kenntniss der Dermatitis pyemica*, Wien. Klin. Woch, n° 25.

les couches épidermiques exclue et rejette la première hypothèse comme invraisemblable. Cependant Früger donne deux observations qui établissent la réalité de cette étiologie; il les décrit sous la dénomination de pseudofuronculose pyémique.

Le premier cas concernait un nourrisson qui, atteint d'entérite grave, succomba à la pyémie après avoir eu une éruption furonculeuse du dos et de petits abcès multiples du crâne. A l'autopsie on trouva de nombreux petits foyers purulents dans les poumons, dans les os de la tête et des extrémités, sur la poitrine et la peau de la région dorsale. Le staphylocoque pyogène doré existait en grande quantité dans le sang et le pus des foyers purulents et des furoncles. Ce qui frappait à l'autopsie, en dehors des gros abcès furonculeux, c'était un grand nombre de petites nodosités arrondies, très serrées, qui n'étaient autres que de petits abcès du tissu conjonctif, abcès recouverts par la peau saine et ne dépassant pas le volume d'une lentille. L'examen histologique de ces abcès a montré qu'ils partaient des vaisseaux sanguins du tissu graisseux sous-cutané, et bien au-dessous des glandes sébacées et sudoripares. C'est au milieu du tissu adipeux que Früger a trouvé des amas de leucocytes polynucléés en destruction au centre et entourés de cellules adipeuses encore saines. Les microcoques étaient très nombreux dans ces abcès, surtout au centre de l'infiltration. Ces abcès n'étaient donc que des pelotons des tissus adipeux sous-cutanés suppurés. L'infiltration purulente dans ces cas part des vaisseaux sanguins des grosses travées conjonctives, on voit alors un vaisseau relativement gros dont l'intérieur est rempli par un bouchon de leucocytes; la paroi elle-même est infiltrée et les éléments figurés sont accumulés autour des vaisseaux, puis infiltrant et dissociant même les travées conjonctives. Malheureusement Früger n'a pas réussi à démontrer dans les vaisseaux la présence des microcoques et à faire ainsi la preuve de la nature métastatique de ces abcès. Mais il est arrivé à cette dernière conclusion par ce fait même que les éléments de la peau, glandes et derme, ne sont pas intéressés, ce qui exclut l'hypothèse d'une infection d'origine externe, et on en arrive à admettre l'origine métastatique si l'on considère que d'autres foyers purulents ont été trouvés dans le poumon et que le staphylocoque pyogène a pu être retiré du sang et cultivé.

Dans un second cas, il s'agissait d'un nouveau-né atteint de bronchite qui eut bientôt de nombreux furoncles, puis survinrent des foyers, identiques par leur siège à ceux de l'observation précédente, en donnant lieu à de petits abcès froids contenant un pus fétide. Malgré les pansements et les soins antiseptiques, les furoncles continuaient toujours à se développer. L'enfant succomba ainsi dans le marasme. L'examen microscopique donna des résultats analogues à ceux du premier cas, c'est-à-dire que les abcès développés ont laissé intacts le derme et les annexes, glandes sébacées et sudoripares. Le cas était cependant plus avancé, car un certain nombre de ces abcès s'étaient ouverts au dehors. Dans le centre des infiltrations purulentes il existait des colonies de microcoques très serrées. Ces microcoques n'ont pas été constatés directement dans le sang, mais les cultures du sang ont donné le staphylocoque doré, il semble donc bien qu'un processus métastatique ait présidé à la formation de ces abcès. D'ailleurs on peut admettre que chez les deux enfants la furonculose a été causée par une infection directe extérieure; puis quelques-uns de ces furoncles finissent par infecter le sang et par donner lieu à une dermatite circonscrite suppurée, ce qui explique pourquoi les soins antiseptiques ne donnent bientôt plus de résultats. Un fait reste inexpliqué c'est la prédilection qu'affecte l'invasion microbienne pour les pelotons adipeux sous-cutanés.

Une deuxième forme décrite par Früger est la dermatite multiforme pyémique, à laquelle appartiennent la plupart des dermatites pyémiques et notamment l'érythème symptomatique polymorphe qui complique diverses inflammations avec suppuration, la pneumonie, la pleurésie, la diphtérie, la néphrite suppurative, l'endocardite ulcéreuse. Cet exanthème polymorphe est constitué par des taches avec des nodosités centrales, des papules lenticulaires et des pustules. Ces diverses formes se confondent au point de vue anatomique; dans toutes ces efflorescences il existe des abcès miliaires dans le tissu conjonctif constituant des papules lorsque l'infiltration se fait dans les couches profondes de la peau. Si l'infiltration se fait dans les couches superficielles, on constate déjà à l'œil nu de petits abcès cutanés miliaires. Ces efflorescences n'ont également aucun rapport avec les follicules et les glandes de la peau. L'infection n'est pas venue du dehors, car le sang donne des cultures de stapylocoques, mais de l'endocardite ou de toute autre maladie infectieuse à staphylocoques infectant l'organisme par l'intermédiaire de la circulation.

Enfin la dermatite pyémique hémorragique dont Früger a cité un cas s'est développé à la suite d'une pyémie consécutive à un bubon chancreux suppuré. L'examen du sang, du cœur, du sang des efflorescences cutanées a donné des cultures pures de streptocoque pyogène. Les efflorescences se sont présentées sous forme de papules et de taches rouges disparaissant momentanément sous la pression du doigt. Partout où il existe des extravasats sanguins dans le tissu conjonctif on trouve de nombreux microcoques soit à travers les globules, soit sur les travées conjonctives qui limitent l'épanchement. Mais ces microcoques sortent aussi des capillaires pour former des amas et des chaînettes dans les efflorescences, le tissu sous-

cutané et les glandes sudoripares. En résumé, dans ces cas il s'agit d'une dermatite pyémique qui commence par un érythème maculeux et passe ensuite à l'érythème hémorragique et au purpura.

Il résulte des cas publiés par Früger qu'il existe de véritables dermatites bactériennes pyémiques se produisant par métastase lorsque les microcoques pyogènes disséminés dans le sang pénètrent avec ce dernier dans la peau. Un fait à noter est le polymorphisme de ces dermatites pyémiques. Dans plusieurs cas ce sont des infiltrations purulentes qui partent du tissu adipeux et évoluent sous la forme d'une furonculose. Dans une autre, c'est un érythème papuleux avec pustules disséminées et de nombreux abcès miliaires à différents stades de développement. Mais, en réalité, il ne s'agit pas de véritables pustules, car ce sont bien des abcès dermiques produits par l'arrivée à la surface de la matière purulente. Enfin ces dermatites pyéniques se présentent encore sous forme d'un érythème papuleux, avec nodosités et pustules miliaires, et sous la forme d'érythème maculeux avec un centre hémorragique.

Il est curieux de remarquer que l'embolie par les microcoques ne suffit pas elle-même à provoquer une hémorragie, elle n'y arrive que lorsqu'après une certaine durée, la paroi vasculaire a été lésée par l'invasion microbienne. La paroi se trouve en effet détruite par l'infiltration purulente, la pénétration des masses microbiennes, l'action de leurs toxines et par la rapidité avec laquelle cette paroi se trouve altérée. Il suffit que ce vaisseau soit devenu plus faible pour qu'une légère élévation locale de la pression donne lieu à une hémorragie.

Mais les hémorragies cutanées pures et primitives ne sont pas dues à des embolies microbiennes, car on ne trouve aucune trace de ces embolies dans le vrai purpura qui complique l'endocardite, la pneumonie, la diphtérie.

Dans les dermatites pyémiques on trouve le staphylocoque et le streptocoque pyogène, mais étant donné le petit nombre d'observations, Früger ne va pas jusqu'à attribuer, comme l'a fait Unna, des caractères particuliers à la forme staphylogène et à la forme streptogène de la dermatite pyémique.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de l'anémie lymphatique (Fursl. *Pester med. chir. Presse*, n° 31.— On peut distinguer deux groupes parmi le grand nombre d'enfants atteints d'anémie. L'un présente l'anémie simple dans laquelle les chromocytes sont diminués de nombre en même temps que la teneur en hémoglobine baisse. Ces enfants sont maigres, ont une peau fine à travers laquelle on voit les veines, ils n'ont pas de ganglions. Il en est autrement de l'anémie que l'auteur désigne sous le nom de lymphatique. On trouve ici à côté de la diminution du nombre des chromocytes et de la quantité d'hémoglobine une augmentation parfois très considérable des leucocytes. Cette leucocytose coïncide très souvent avec la tuméfaction des ganglions lymphatiques, les enfants ont souvent de l'embonpoint, mais les muscles sont peu développés. Le visage est pâle, un peu bouffi. On trouve des ganglions dans les régions du cou, de l'aisselle et de l'aine. Si l'un de ces enfants succombe à une maladie intercurrente, on trouve à l'autopsie des ganglions bronchiques mésentériques et tuméfiés. Ces enfants sont menacés de tuberculose à l'âge de la puberté.

Voici le traitement que fait suivre Fursl. L'alimentation consiste en lait bouilli, riche en crème, en cacao, œufs, viandes fraîches, fruits cuits ou crus légumes (épinards), biscuits, et pain noir en quantité modérée. Il faut s'abstenir de farineux, pommes de terre, de viandes grasses et épicées, de mets marinés. On permettra le riz, les pâtes alimentaires, l'orge, les soupes au lait. La gymnastique, l'exercice en plein air sont de rigueur, et il faut aérer la chambre à coucher. L'auteur prescrit un bain chaud de 20 minutes de durée 3 fois par semaine, et au sortir du bain il fait frictionner tout le corps avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie et de sel. L'enfant reste ensuite au lit pendant une heure. Ces frictions se font tous les jours. L'hiver, les enfants prennent de l'huile de foie de morue et de l'iodure de fer, en été une liqueur ferro-manganique iodurée.

Ce traitement est puissamment corroboré par un séjour dans les montagnes surtout en automne parce que les récidives sont fréquentes pendant l'hiver. Si la température le permet, on fait prendre des bains de rivière, la bicyclette est autorisée. Sous l'influence de ce traitement les enfants perdent leur aspect pâle et bouffi, les tissus s'affermissent et les glandes disparaissent, la nutrition est plus active et l'examen hématologique montre une amélioration considérable.

La question du surmenage dans les écoles, par Fred. Kemsies (*Deutsch méd. Zeitung* n° 63. — Le Dr Kemsies a examiné tous les jours pendant quatre mois avec le régographe de Masso un certain nombre d'élèves appartenant aux classes communales et royales. L'appareil a été construit par Masso pour pouvoir déterminer la fatigue musculaire sous l'influence du travail psychique. Cet appareil comprend une partie qui maintient la main immobile et une autre qui donne au cylindre tournant le tracé des contractions périodiques du médius qui se meut librement et qui est chargé. La courbe de fatigue qui est caractéristique pour chaque personne se modifie lors-

que cette personne est plus ou moins fatiguée par un travail antérieur. Des recherches qui ont été faites sur des écoliers, il résulte d'abord que l'attention concentrée ou l'effort corporel déterminent au bout de peu de temps une dépression musculaire, qui se produit ainsi plus ou moins rapidement suivant la disposition et la résistance de l'élève. Mais cette dépression disparait au bout d'une ou deux heures lorsque la nature de l'occupation change ou que le travail devient plus facile. La fatigue est plus rapide avec les mathématiques, elle est moindre avec la géographie, l'histoire, l'histoire naturelle. Les langues tiennent une place intermédiaire. Kemsies, d'après cela, croit qu'il y aurait avantage au point de vue de la fatique musculaire a établir un ordre dans les matières. Il faut distinguer de ces états passagers de fatigue ceux qui durent longtemps, lorsque par exemple l'organisme a perdu sa résistance soit par suite de l'insuffisance de sommeil, d'aliment ou d'air pur, soit par suite de surmenage ou de conditions pathologiques. Le résumé des recherches montre que l'école exerce une action défavorable sur les écoliers. La fatigue paraît nécessaire pour produire l'accoutumance au travail, mais il faut éviter le surmenage, c'est-à-dire l'état continu de fatigue qui déprime les fonctions.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre. — Présidence de M. Chatin père.

L'œuvre médicale de Quesnay. — M. Ferrand lit un travail sur l'œuvre médicale de Quesnay dont on a inauguré le buste il y a quinze jours à Méré près Montfort-l'Amaury.

La variole à Marseille. — M. Bergeron lit au nom de M. Hervieux, absent, une lettre adressée à M. le Dr Flayssières, maire de Marseille, au sujet de l'épidémie variolique qui a sévi dans cette ville en 1896,

Toxicité des alcools. — M. Riche analyse les travaux qui, dans le dernier Congrès de chimie, ont eu rapport à la question de la toxicité des alcools.

En thèse générale la toxicité est due à l'alcool lui-même et aux divers produits, essences, bouquets, qui y sont ajoutés. L'alcool le moins toxique est l'alcool éthylique, inodore, et sans saveur spéciale; pour les autres alcools, amylique, méthylique, etc., leur toxicité est d'autant plus grande que leur formule est plus élevée.

Les impuretés sont assurément nuisibles. Les eaux-de-vie de bonne qualité contiennent en général 2 0/0 d'impuretés; mais le chiffre de ces dernières est beaucoup plus élevé dans les produits des bouilleurs de cru où M. Riche a trouvé jusqu'à 7, 8 et 10 0/0 d'impuretés.

La notion de toxicité des alcools établie, il faut chercher à atténuer leurs effets. En Suisse, où l'Etat a le monopole de l'alcool, on a rectifié l'alcool lui-même et supprimé les alcools de pommes de terre et autres fortement chargés en impuretés. On a dû renoncer, devant les reclamations des populations, à délivrer au public de l'alcool chimiquement pur, et l'aromatiser avec des impuretés dont le chiffre ne doit pas dépasser 1 gr. 5 par litre.

En Belgique, un règlement limite le taux des impuretés à 2 0/0, ce qui diminue notablement la toxicité des boissons. Il est à souhaiter que de pareilles mesures soient prises aussi en France et que l'on adopte le projet de réglementation proposé autrefois par Léon Say prohibant entre autres choses tous les alcools de consommation ayant un taux d'impuretés supérieur à 2 0/0.

Récemment des hommes autorisés ont soutenu devant le Parlement français la thèse des impuretés des alcools de l'industrie. C'est une thèse regrettable parce qu'on habitue le public à croire qu'on fait un alcool qui, à quelque dose que ce soit, ne fait pas de mal M. Brunon, directeur de l'école de médecine de Rouen. vient de montrer la progression rapide de la consommation de l'alcool en Normandie. L'alcoolisme des femmes, pour être un peu plus discret, n'en est pas moins très commun; il en est de même chez les enfants; tous les matins l'enfant prend du café et fait la trempette avec du pain ; à midi il recommence à prendre du café et s'il a 5 ou 6 ans on y ajoute du cognac. Le café sans eau-de-vie est inconnu en Normandie.

A 4 heures, la séance est levée.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

4e session tenue à Londres du 4 au 8 août 1896.

Le congrès a tenu sa première séance le mardi matin 4 août, sous la présidence de M. Jonathan Hutchinson. Le président a prononcé, à la mode anglaise, un discours dans lequel à la fois il souhaitait la bienvenue aux hôtes étrangers et présentait l'état actuel de la dermatologie. MM. Kaposi et E. Besnier ont répondu à ce discours.

Nous résumerons les principales communications faites à ce congrès. La première réunion plénière était consacrée à la question du prurigo.

Nosologie et Pathogénie du prurigo. — M. E. Besnier. Au moment où va finir le siècle dermatologique, que je n'hésite pas à appeler le siècle de Willan, rien mieux qu'un débat sur la question du prurigo ne saurait remettre en sa véritable lumière l'œuvre de l'illustre médecin du dispensaire public de Londres.

C'est au moment où Willan a créé l'ordre des papules que prend vraiment naissance la question moderne du prurigo. Les pruriginoses que Willan avait réunies dans cet ordre (stropulus, lichen, prurigo) constituent un groupe dermatologique naturel et normal, auquel convient parfaitement la dénomination de groupe des prurigos. Hebra démembra cet ordre, en dissémina les diverses parties constituantes en d'autres familles dermatologiques, et dans le genre prurigo raya d'un trait de plume tout ce qui n'était pas compris dans la description des espèces mitis et formicans. Il réduisit ainsi la maladie à un type exclusif, merveilleusement décrit d'ailleurs, que nous connnaissons aujourd'hui sous le nom de prurigo de Hebra.

Les protestations contre cet exclusivisme ne tardèrent pas à surgir, et, somme toute, on tend à revenir à l'esprit,

sinon à la lettre absolue, du système de Willan dont je m'inspirerai moi-même.

Dans le système de Willan, 3 espèces typiques dans le prurigo : le prurigo mitis, le prurigo formicans et le prurigo senilis, plus « quelques affections prurigineuses locales ».

C'est donc en réalité sur le seul prurigo sénile que porta le débat soulevé par Hebra. Ici les études modernes font reculer chaque jour l'idée d'un prurit sénile sans matière, car elles font peu à peu et de mieux en mieux connaître les altérations de la peau sénile, les scléroses artérielles, les auto-intoxications de la peau sénile et de l'insuffisance urinaire.

Donc il ne s'agit pas dans le prurigo sénile d'un prurit simple, névrosique pur, mais d'un prurigo symptomatiquement très semblable à tous les autres et de causes seulement différentes.

En ce qui concernce le strophulus et le lichen, le mouvement de rattachement au prurigo s'exécute aujourd'hui nettement malgré les oppositions les plus considérables. Tous les récents travaux de E. Vidal, Brocq, Neisser, Tommasoli, Hallopeau, Darier et Touton reconstituent le groupe du prurigo willanique, et de nouveau les espèces des genres strophulus et lichen qui, depuis Hebra, étaient disséminés dans les érythèmes, les urticaires, les eczémas, font retour au type générique. Elles sont déjà réintégrées dans les prurigos, il n'y a plus qu'à régulariser et à compléter.

De nouveau, certains dermatologistes tentent de constituer du syndrome prurigo une entité morbide fermée, basée sur un caractère anatomique supposé spécifique. Il est souhaitable de ne pas voir aboutir ces efforts, et il est d'avance probable qu'ils n'aboutiront aucunement.

Le prurigo, de par la variabilité des causes et des modes pathogéniques, ne peut être qu'un syndrome.

Et si l'on restreint sa définition à une espèce, que faire des affections du même ordre et qui resteront égarées dans les groupes des érythèmes, des urticaires, des eczémas. Ce serait renouveler la tentative de Hebra, dont l'opinion dermatologique actuelle fait précisément le procès

Plusieurs espèces morbides — vrais prurigos quant à leur forme générale — sont multiformes. Elles se recouvrent de lésions secondaires multiples et banales, dont les types les plus fréquents sont l'eczématisation et la lichénisation. Mais, en beaucoup de ces cas, quand le processus abandonne momentanément ou décidément la peau, on voit se produire des localisations viscérales qui deviendront la maladie prédominante et qui représentent soit des alternances, soit des successions phénoménales. Ce sont là les prurigos diathésiques. Et par prurigo diathésique, il faut entendre prurigo d'origine interne, lié à des conditions individuelles de tissus et d'organes provoquées ou entretenues par un mode de nutrition anormal.

Quel que soit le mode pathogénique immédiat qui préside à la production du prurit et des lésions primaires ou secondaires de la peau dans les prurigos, l'idée d'une toxidermie est celle qui a fait le plus de progrès, qui semble aujourd'hui presque consacrée.

Les prurigos sont des toxidermies ou des auto-toxidermies temporaires, intermittentes, rémittentes, permanentes.

Quel que soit le poison, sa nature, son mode de formation et son origine, son lieu de naissance, il actionne les foyers sensitifs de l'axe cérébro-spinal ou les extrémités nerveuses périphériques, et c'est ainsi que naît le prurit. Et dans le même temps ou par alternances les mêmes intoxications, les mêmes troubles de circulation ou de nutrition vont créer les lésions parenchymateuses qui font partie du même cortège diathésique.

Ainsi, en ce qui concerne les lésions cutanées des prurigos, le prurit précède les lésions et les cause par l'intermédiaire du grattage. Dans ces conditions, une formule seule est possible pour résumer la pathogenèse du prurigo. Le prurit y est antérieur et supérieur aux lésions visibles. La papule ne peut plus être dans le prurigo que la lésion contingente. Aucune lésion d'ailleurs dans cette singulière maladie cutanée ne peut être que secondaire et superposée. Et ce qui le prouve c'est que le prurit survit aux papules, tandis que les papules ne survivent jamais au prurit.

Prurit, grattage, lésions, tel est l'ordre symptomatique qui fait que dans le prurigo toute lésion est artificielle. Le prurit seul est le symptôme direct de l'affection.

Cette théorie n'est pas une vue de l'esprit, elle rentre dans le domaine de la médecine expérimentale.

En effet, d'une série d'expériences physiologiques et cliniques du plus haut intérêt, appartenant à mon élève très distingué et très cher, aujourd'hui mon collègue L. Jacquet, se dégage cette formule très claire, qu'entre l'irritation première des centres ou de la périphérie, l'état de perturbation vitale intra-tégumentaire qui en résulte sous des formes et à des degrés très variés, et la production des lésions, il intervient un facteur *sine qua non*, lequel est le traumatisme.

Un coup d'œil rapide sur les expériences physiologiques et cliniques, les unes et les autres également suggestives, précisera les faits :

1° *Expériences physiologiques.* — *a*) Après avoir injecté dans les deux nerfs sciatiques d'un chien 10 gouttes d'une solution de croton au dixième, Jacquet fait l'enveloppement ouaté occlusif complet de l'un des membres postérieurs et laisse l'autre à découvert. L'animal reste en observation pendant deux mois : du côté non protégé, lésions tégumentaires excessives ; du côté soumis à l'occlusion, rien qu'une atrophie notable. A l'autopsie de l'animal, l'examen des nerfs sciatiques les montre également altérés.

Je n'entre pas dans les détails des lésions produites, et ne produis pas toutes les déductions qui en dérivent ; je retiens seulement ce fait, à mon sens d'une importance capitale, que, les deux nerfs sciatiques étant gravement et également altérés des deux côtés, celui qui est resté exposé aux traumatismes communs de la vie d'un animal a présenté des lésions considérables, tandis que le membre protégé par occlusion n'a montré aucune altération d'ordre hyperémique ou inflammatoire.

Depuis Claude Bernard nous savons que la section unilatérale du sympathique crée artificiellement une hyperémie énorme du côté où la section a été faite.

Mais si l'expérience est répétée chez un lapin après que ses oreilles ont été protégées par un appareil plâtré, lorsque l'on viendra à enlever l'appareil même après plusieurs heures, le degré de congestion des 2 oreilles est sensiblement égal. Il faut les frictionner toutes deux également pour voir apparaître le phénomène de Claude Bernard. L'hyperémie, à peine visible du côté sain, se montre énorme du côté qu'on a opéré. (Jacquet et Butte.) Rien à mon avis

ne saurait être plus saisissant ni ouvrir un plus large horizon à la théorie de l'éruption dans les pruriginoses.

Deux expériences cliniques pour préciser sur ce point les faits que nous venons de relater. Sur un vieillard atteint d'une érythrodermie prurigineuse restée sans diagnostic précis pour moi ni pour aucun des dermatologistes à qui je présentai le malade, Jacquet après avoir excisé à ma demande un fragment de peau au niveau du bras droit qui était le siège d'un prurit inextinguible, fit immédiatement l'occlusion ouatée et compressive qui fut facile à exécuter, le membre se composant seulement d'un moignon d'amputation. Le prurit cessa immédiatement et complètement sur la région enveloppée. 8 ou 10 jours plus tard Jacquet enleva l'appareil. Le moignon était devenu flasque, toute tuméfaction avait disparu et les téguments avaient à peu près recouvré leur épaisseur et leur coloration normale. Une nouvelle biopsie fut alors pratiquée : sur le fragment excisé, énorme suffusion de cellules lymphoïdes en amas et en traînées péri-vasculaires, épiderme sus-papillaire et interpapillaire considérablement élargi. Sur le fragment de la même région excisé 10 jours après l'occlusion, l'état normal est presque complètement rétabli. Donc en moins de 10 jours un membre très augmenté de volume, dur, d'un rouge intense, extrêmement prurigineux, avait repris son volume, sa souplesse, sa couleur et son état anatomique normaux; pendant ce temps aucune sensation prurigineuse ne s'était manifestée, tandis que sur tous les autres points du corps persistaient tous les autres phénomènes pathologiques et le prurit.

Cela, messieurs, n'est-il pas digne de remarque et aussi précis qu'une expérience physiologique? Voilà la voie ouverte et la chose annoncée. Nul doute que, dans un avenir prochain, Jacquet lui-même empêché jusqu'à présent par des circonstances extrinsèques, et de nombreux expérimentateurs ne fassent sur ce point la lumière complète et définitive.

b) Sur une jeune fille atteinte depuis 2 années environ de prurigo classique, à lésions pures, sans complications, présentant quotidiennement, sur le tronc et sur les membres, une éruption discrète de papules typiques de prurigo, Jacquet enveloppe hermétiquement à l'ouate hydrophile fixée par des bandes de tarlatane mouillée le membre supérieur droit de la malade. Chaque matin, le bandage est enlevé puis reappliqué.

Jamais une seule papule sur le bras droit, malgré la persistance d'un prurit très vivace; au contraire et à chaque fois, de 3 à 6 papules nouvelles avaient surgi sur le bras gauche; cela pendant 8 jours de durée. Puis le bras gauche est enveloppé à son tour et pendant 8 autres jours l'éclosion de nouvelles papules y est suspendue, malgré la persistance du prurit, tandis qu'elles reparaissent quotidiennement sur le bras droit.

Ou bien, dit Jacquet, ces faits ne veulent rien dire ou bien ils signifient expressément qu'ici comme pour l'urticaire proprement dite la production de la lésion exige la rencontre de deux éléments :

1° Le trouble nerveux originel, cause supérieure de la névrose cutanée, prurigo, producteur de déséquilibrations vaso-motrices plus ou moins persistantes en certains territoires cutanés;

2° L'excitation locale de ces territoires forçant la déséquilibration vaso-motrice à se traduire par lésion.

Transportant à la thérapeutique les données fournies par Jacquet, Tennesson et moi-même avons suffisamment fourni la preuve de l'importance pratique du principe qu'il a posé Dans la plupart des cas de prurigo quel qu'il soit, l'occlusion bien faite et effective, supprime le prurit et les lésions. Si le prurit persiste, la plus grande surveillance doit être apportée parce que le malade met tout en œuvre pour exécuter le grattage. Mais si l'enveloppement est hermétique, si une épaisse couche d'ouate empêche absolnment tout traumatisme effectif, il ne se produit pas de lésion. Si on enlève l'appareil et qu'on laisse les choses en l'état antérieur, tout reparaît et se reproduit. La contre épreuve est faite.

En supprimant l'éruption, l'occlusion ne supprime pas toujours le prurit, preuve nouvelle, s'il en fallait une encore, de la dissociation et de l'indépendance des deux phénomènes. Dans les cas où le prurit persiste sous l'enveloppement le patient arrive presque toujours à atteindre la peau au travers du pansement et à exercer le grattage. C'est dans ces cas où l'expérience semble être en défaut parce que l'on retrouve sous l'occlusif de nouvelles papules. Cela arrive surtout dans l'occlusion faite simplement avec ces gélatines si le sujet peut introduire les doigts à travers le pansement et exercer le grattage. Mais si l'enveloppement supprime le prurit, le succès est assuré, car le malade n'ayant pas de prurit ne traumatise pas la peau et toute occlusion est alors bonne pourvu qu'elle soit exacte. Tous les observateurs qui voudront vérifier et contrôler les faits devront se mettre en garde contre les causes d'interprétation erronée que j'indique et exécuter ces recherches avec la précision scientifique qu'ils apporteraient à une expérience de physiologie.

Dans ces conditions et en conséquence des expériences précédentes, on peut conclure sur la pathogénie du prurigo que dans son processus de genèse l'action directe des conditions pathogènes se borne à produire dans la peau un état physiopathologique, une perturbation sensitive et nutritive, et, pour les formes aiguës, une tension névro-vasculaire plus ou moins élevée; mais elle ne réalise pas communément à elle seule ni d'emblée de lésions de surface. Ces lésions de surface aiguës, lentes, chroniques, primaires ou secondaires, immédiates ou éloignées, comptent parmi leurs facteurs essentiels, presque toujours nécessaires, les actes traumatiques du grattage, etc....

Convenablement et absolument protégée contre les traumatismes de toutes sortes, la peau reste indemne de lésions de surface.

Durée de la période contagieuse de la syphilis. — M. J. Hutchinson. Durant toute la période primaire et secondaire de la syphilis, le sang et toutes les sécrétions peuvent contenir le virus spécifique et le transmettre. Il s'agit de savoir à quelle période ils cessent de contenir le virus et de pouvoir le transmettre. Un fait bien et dûment établi c'est que les parents, antérieurement atteints de syphilis, peuvent transmettre la maladie à leurs enfants, mais combien de temps cet état de choses peut-il durer, et combien dure-t-il habituellement? Dans un certain nombre de cas la possibilité de contagion de la syphilis se prolonge extraordinairement, soit par la transmission directe de la syphilis par de vieilles lésions syphilitiques, soit par le sang du fœtus. En thèse générale cependant cette contagion ne dépasse guère une année et bien plus rarement encore on

la voit se prolonger au delà de 2 ans. Il semble que plus la date d'inoculation de la maladie s'éloigne, plus la contagion devient incertaine ; il faut attribuer ce fait au nombre progressivement décroissant des germes morbides ou bien au défaut de leur virulence.

Dans des cas rares, le médecin hésite à affirmer l'impossibilité de la contagion à l'avenir — ou la possibilité de la transmission héréditaire, lorsque la seconde année de la syphilis est écoulée, c'est-à-dire à la période tertiaire.

Cependant on peut voir : des cas où la persistance des propriétés contagieuses du virus s'est montrée exceptionnellement longue ; des cas où la transmission héréditaire s'est produite après un laps de temps excessivement éloigné ; des cas où l'excessive virulence de la maladie s'est démontrée par l'évolution même de la maladie (syphilis vaccinale) ; au point de vue doctrinal, il est important de savoir aussi qu'on a vu des gens soumis à toutes les causes apparentes de la contagion y échapper.

Iodure de potassium dans certains accidents de la syphilis secondaire. — M. Barbe, de Paris. Le traitement par l'iodure de potassium a fait ses preuves dans la fièvre et la céphalalgie syphilitiques, dans les névralgies de même nature, dans les douleurs symptomatiques des exostoses, dans les myalgies, les arthralgies précoces, dans toutes ces manifestations secondaires qui ne sont pas localisées à la peau et aux muqueuses. Pourtant je crois, contrairement à l'opinion de quelques syphiligraphes, que ce domaine de l'iodure peut être étendu au traitement de plaques muqueuses, du moins dans certains cas, chez les syphilitiques âgés, cachectiques, qui ne peuvent supporter une médication mercurielle prolongée.

Les tuberculoses de la peau. — M. Hallopeau, de Paris. La tuberculose peut engendrer des maladies de la peau directement par l'action de son contage ou de ses toxines ; elle peut aussi en favoriser le développement en faisant de l'organisme un terrain favorable à leur production.

Il importe en premier lieu d'établir à quels critériums on peut reconnaître que la nature tuberculeuse d'une altération est certaine ou seulement vraisemblable. On peut considérer comme ayant une valeur décisive : 1° la possibilité de transmettre la tuberculose par l'inoculation en séries des produits morbides ; 2° la présence de bacilles caractéristiques dans les tissus atteints ; 3° la genèse des altérations par intra-inoculation de produits tuberculeux et la réciproque ; 4° la production d'éruptions différenciées, telles que le lichen scrofulosorum, sous l'influence de la tuberculine. Par contre, la disposition en nodules des éléments morbides, la présence de cellules géantes, la coexistence d'affections tuberculeuses, les réactions banales sous l'influence des injections de tuberculine et les antécédents héréditaires ne constituent que des présomptions. Aucune des conditions énumérées ne peut être considérée comme *sine qua non*. Les types qui, en dehors du lupus vulgaire ont été jusqu'ici rattachés à la tuberculose sont la tuberculose scléreuse et verruqueuse, la tubercule anatomique, les gommes intradermiques d'origine osseuse, ganglionnaire ou sous-cutanée, les lymphangiectasies ulcéreuses, les tuberculoses ulcéreuses primitives ou secondaires et, pour beaucoup d'auteurs, le lupus érythémateux ; il faut actuellement ajouter une forme en tumeurs multiples d'apparence mycosique et toute une série de dermatoses superficielles qui sont le lichen scrofulosorum, des folliculites isolées ou agminées en placards à progression excentrique, les acnés dites des cachectiques et des scrofuleux, une forme pustulo-ulcérense et une érythémateuse. Les dermatoses pour lesquelles la tuberculose constitue seulement un terrain favorable sont l'eczéma, le pityriasis versicolore et le pityriasis rubra de Hebra. Les différentes formes doivent être étudiées isolément.

Tuberculose scléreuse et verruqueuse. — Elle doit ses caractères à son siège dans le corps papillaire ; elle peut être provoquée par une inoculation venue du dehors, ou par une intra-inoculation aux dépens d'un foyer profond ; elle s'accompagne fréquemment de suppurations que l'on peut rapporter à l'action, soit de microbes associés, soit plutôt de toxines.

On doit en rapprocher le tubercule anatomique. Ces tuberculoses par inoculation peuvent revêtir des caractères différents suivant que l'instrument contaminant a pénétré plus ou moins profondément et intéresse plus particulièrement telle ou telle partie de la peau ; nous l'avons vu produire une tuberculose osseuse.

Gommes tuberculeuses. — Elles peuvent être consécutives à l'ouverture de dilatations lymphatiques ; d'ordinaire, la peau n'est intéressée que passivement dans le cas de fistule gommeuse : par exception un tel trajet devient le point de départ soit d'un lupus vulgaire ou verruqueux, soit de folliculites suppuratives, soit de gommes en traînées ou serpigineuses ; dans cette dernière forme, ces gommes peuvent perdre leur tendance à se caséifier : on trouve tous les intermédiaires entre elles et le lupus vulgaire.

Tuberculose en tumeurs. — Leur aspect rappelle celui de sarcomes et de néoplasies mycosiques.

Tuberculoses ulcéreuses. — On distingue les tuberculoses primitivement ulcéreuses, les tuberculoses miliaires aiguës des phtisiques autour des orifices, les ulcérations tuberculeuses végétantes qui viennent secondairement compliquer d'autres formes ; ces ulcères peuvent simuler des chancres simples ou phagédéniques et aussi des ulcères variqueux.

Quant au lupus érythémateux, sa nature tuberculeuse toujours contestée ressort des faits suivants : ce lupus détermine des adénopathies de voisinage dont on peut démontrer la nature tuberculeuse ; il peut coïncider avec le lupus vulgaire : on y a, bien qu'exceptionnellement, trouvé des bacilles ; il peut réagir sous l'influence de la tuberculine ; l'histologie y dénote parfois l'existence de lésions semblables à celles de la tuberculose ; il est probable que le contage s'y trouve sous une forme différente du bacille et y engendre des toxines distinctes de celles de la tuberculose vulgaire : d'où les différences d'aspect et de structure ainsi que l'insuccès des inoculations. Comme particularités nouvelles dans l'histoire de ce lupus, il faut mentionner une forme végétante ; une forme acnéique destructive ; des suppurations folliculaires ; des localisations dans toute l'étendue des paumes des mains et la plus grande partie du cuir chevelu, le visage restant indemne ; la ressemblance avec un érythème papuleux ou tuberculeux, un psoriasis ou un lichen plan ; la complication de télangiectasies ; la production, dans la forme disséminées, de bulles, d'ecchymoses, de plaques ortiées et d'asphyxie locale : ces derniers phénomènes doivent être rattachés à l'intervention de toxines.

Tuberculoses superficielles. — Leur nature tuberculeuse a été généralement méconnue jusqu'à ces derniers temps ;

elles revêtent des formes très diverses qui sont :

1° Le *Lichen scrofulosorum* est tuberculeux, car il peut naître de lésions évidemment tuberculeuses et, d'autre part, on a vu son éruption si nettement différenciée se développer sous l'influence de la tuberculine.

2° Les *folliculites suppuratives*; la tuberculose des appareils pilo-sébacés peut revêtir cette forme, car l'on voit ces folliculites se développer autour des lésions tuberculeuses ; elles sont alors manifestement engendrées par ces dernières : d'autre part, elles peuvent devenir le point de départ d'une tuberculose lupique ou gommeuse ; elles se présentent sous des aspects divers : tantôt elles sont discrètes ; elles peuvent alors prendre la forme de l'acné cachectique ; tantôt elles sont agminées en placards à progression excentrique ; on a vu ces placards envahir presque tout un segment d'un membre, s'entourer d'un bourrelet végétant et d'un soulèvement pemphigoïde.

3° La *tuberculose pustulo-ulcéreuse.* — Très analogue aux précédentes, elle en diffère par les croûtes impétigineuses dont s'y recouvrent les éléments, par leur caractère plus profondément destructif et par le fait qu'elle est inoculable ; cette dernière particularité montre qu'elle est de nature bacillaire, tandis que la forme précédente se rattache plus vraisemblablement à l'action de toxines. On a vu les injections de tuberculine provoquer des éruptions pustuleuses.

4° Les *érythèmes tuberculeux.* — On les observe diversement localisés dans la tuberculose miliaire ainsi que dans certains cas de phtisie aiguë.

Les différences dans l'intensité de la virulence du contage, liées sans doute à celles de ses formes élémentaires encore incomplétement connues, les divers modes d'invasion et la nocuité variable des poisons chimiques par l'intermédiaire desquels il agit, les divers degrés de réceptivité pour ce contage et de vulnérabilité par ses produits que présentent les parties constituantes de la peau, enfin les modes multiples sous lesquels réagissent les sujets, expliquent cette multiplicité des manifestations cutanées de la tuberculose.

L'avenir de la thérapeutique paraît appartenir surtout aux inoculations des produits tuberculeux ou d'autres agents infectieux, tels que celui de l'érysipèle, rendus préalablement inoffensifs.

M. Wickham, de Paris. Certaines formes superficielles et très étendues d'érythèmes fixes que l'on range dans le lupus érythémateux paraissent dans certaines observations être très nettement en relation avec la tuberculose. M. Wickham cite une observation qui est la démonstration de ce fait.

Kystes graisseux sudoripares. — MM. W. Dubreuil et B. Auché, de Bordeaux. Les tumeurs des glandes sudoripares sont encore peu connues et aucun auteur ne mentionne l'existence de kystes glomérulaires. Il est généralement admis que le glomérule sudoripare sécrète un liquide aqueux qui est la sueur; Unna reprenant et confirmant des recherches anciennes a montré que le glomérule sécrète de la graisse et que peut-être il ne sécrète pas autre chose que de la graisse.

Notre observation vient appuyer cette opinion en montrant qu'il peut exister des kystes développés aux dépens du tube glomérulaire et que ces kystes renferment de la graisse presque pure.

Un homme de 77 ans bien portant et bien conservé pour son âge, est depuis son enfance atteint d'anhydrose presque absolue; s'il ne sue jamais spontanément, on peut cependant provoquer des sueurs locales avec la pilocarpine. Depuis deux ans, il a des démangeaisons diffuses qui ont disparu par l'usage de la pilocarpine à l'intérieur, aidée de lotions vinaigrées ou goudronnées. La peau est brunâtre, squameuse sur toute son étendue, au point de simuler une ichthyose modérée ; elle est partout et toujours sèche, mais un peu grasse au toucher. On trouve de la séborrhée du cuir chevelu, des verrues séborrhéiques sur le tronc. Les tumeurs sont répandues un peu partout, mais elles sont moins abondantes sur les membres; en revanche, les deux aisselles en sont criblées. Ces tumeurs varient du volume d'un grain de chènevis à un pois, elles sont arrondies, bien limitées, modérément dures, logées sous la peau et alors plus ou moins adhérentes à sa face profonde, ou bien dans le derme en faisant une très légère saillie. Quelques-unes plus superficielles sont nettement saillantes, ont une teinte grisâtre ou jaunâtre, une consistance molle, semi-fluctuante ou pâteuse. Leur indolence est complète; par la ponction on donne issue à une masse butyreuse, molle et blanchâtre ou quelquefois presque liquide, jaune et ressemblant à de l'huile. L'analyse y a montré 19.50 pour 100 d'eau, 8 pour 100 de résidus divers et 72.5 pour 100 de graisse. L'examen microscopique ne fait guère trouver que de la graisse solide ou liquide et quelques rares cellules multinucléées. Dans les aisselles les tumeurs sont cohérentes, formant des placards mamelonnés. Sur le cuir chevelu elles offrent une parfaite ressemblance avec des loupes, mais la ponction et la biopsie ont montré leur identité avec les autres tumeurs du tronc ou de l'aisselle. Les paumes et les plantes sont indemnes, sauf quelques bouchons cornés aux orifices sudoripares.

L'examen microscopique des tumeurs excisées dans les aisselles, le dos et le cuir chevelu, a montré qu'il s'agit de kystes à parois minces, avec un revêtement épithélial formé de 2 ou 3 rangées de cellules aplaties mais nullement kératinisées et très différentes de celles qui tapissent les kystes folliculaires. On trouve en outre des glomérules sudoripares dilatés à divers degrés et représentant tous les stades intermédiaires, depuis les glomérules normaux jusqu'aux kystes complets, qui sont formés par la fusion de toutes les anses dilatées d'un glomérule. Ces kystes graisseux sudoripares dont nous donnons la première description ne sont peut être pas très rares, car nous croyons bien en avoir rencontré autrefois quelques cas sans reconnaître leur nature.

Onychorrhexis. — MM. W. Dubreuil et D. Frêche de Bordeaux désignent sous le nom d'onychorrhexis, c'est-à-dire de fragilité des ongles, une affection caractérisée spécialement par de fines cannelures longitudinales, accompagnées d'amincissement et de fragilité extrême dans les cas prononcés.

Au début et dans les cas légers, la surface de l'ongle est sillonnée dans toute sa longueur par de fines cannelures longitudinales dont la largeur ne dépasse guère 1/2 millimètre, très régulièrement parallèles, parfois interrompues et les cannelures présentent souvent sur le sommet de leur arête une double fissure qui paraît tracée avec une pointe d'aiguille.

Dans les cas plus intenses, les cannelures très prononcées, très nombreuses et très rapprochées, sont toutes surmontées par cette double fissure, de sorte que la surface de

l'ongle est très régulièrement striée sur toute sa longueur par une série de rayures très fines, profondes et parallèles, comme avec un poinçon. En même temps l'ongle devient plus mince et son bord libre est déchiqueté par des fentes longitudinales plus ou moins étendues vers la base. La forme de l'ongle est généralement peu modifiée : il n'y a pas de décollement ni d'altération du lit, ni de lésions circum ungues.

Cette altération est généralement tout à fait indolente, sa durée est extrêmement variable. Certains malades la gardent toute leur vie, chez d'autres elle disparaît au bout de quelques années. Le plus habituellement un grand nombre d'ongles sont atteints, assez souvent tous les ongles des doigts et même des orteils.

L'affection semble être due à un simple trouble trophique analogue à la fragilité des cheveux que l'on observe dans la pelade et dans d'autres circonstances ; elle paraît être liée à des troubles nerveux congénitaux et persistants, ou accidentels et temporaires et coïncide avec des troubles nerveux généraux, des anomalies dans le développement des cheveux ou autres troubles nerveux tels que névrodermites circonscrites. Ces caractères cliniques très nets la différencient facilement de l'eczéma, du psoriasis, de la trichophytie, etc., des ongles.

Traitement de l'épithélioma cutané. — M. E. Gaucher, (Paris). L'épithélioma étant une affection auto-inoculable, il importe de rejeter les traitements qui peuvent provoquer des greffes ou des embolies épithéliomateuses. L'opération sanglante, par le bistouri ou par le raclage, a l'inconvénient d'ouvrir les vaisseaux et de favoriser les récidives sur place et la généralisation à distance. La seule méthode opératoire exempte de dangers est la cautérisation. Les cautères potentiels ou caustiques chimiques sont souvent insuffisants et irritent la lésion sans la détruire ; quand ils sont assez énergiques, ils produisent des pertes de substance et des délabrements considérables. La méthode de choix est la cautérisation ignée, à l'aide du thermo-cautère ou du galvano-cautère, qui opère une destruction intelligente, aussi profonde, aussi étendue ou aussi limitée qu'on veut.

Dans l'intervalle des cautérisations, il faut employer les applications permanentes de chlorate de potasse, dont l'action particulièrement efficace dans le cancroïde est connue de longue date. De préférence à la poudre de chlorate de potasse et aux solutions, l'auteur préconise une pommade au chlorate de potasse à 1/6 ou 1/3.

Ce traitement est curatif dans les épithéliomas exclusivement cutanés et superficiels. Dans les épithéliomas des muqueuses, il est peu efficace. Dans les épithéliomas propagés aux parties profondes, il n'est le plus souvent que palliatif.

Rhinosclérome. — M. Wickham, de Paris, a eu à soigner un cas de rhinosclérome très étendu et très grave, qui défigurait une jeune femme de Costa-Rica, âgée de 30 ans, et qui remplissait toutes les cavités nasales, arrière-cavités et dépendances. Les cellules ethmoïdales présentaient un commencement de destruction manifeste. Après avoir essayé tous les traitements sans en obtenir de résultats durables, M. Wickham conseilla à la malade de subir l'opération radicale. Cette opération a été faite, il y a 18 mois, par M. Péan. Elle a consisté en l'ablation du nez, puis le raclage de toutes les parties malades, et la cautérisation à la pâte de Canquoin. Depuis 18 mois, il ne s'est pas produit de récidive. La défiguration est avantageusement modifiée par un appareil prothétique. Il s'agissait d'un cas typique de rhinosclérome. Les caractères cliniques étaient des plus nets. Les caractères histologiques, étudiés par M. Leredde, ont montré les plasmazellen, les cellules hyalines et les microbes encapsulés, toutes altérations qui spécifient le rhinosclérome.

Eczéma chronique végétant du nez et des lèvres. — MM. Gaucher et Barbe. L'eczéma chronique des jambes subit parfois, chez les vieillards qui sont atteints de varices et dont la profession exige la station debout longtemps prolongée, surtout chez ceux qui négligent de se soigner, une transformation papillomateuse remarquable, appelée par Bazin eczéma dégénéré, et par Hardy lichen hypertrophique.

Nous avons vu cette transformation se faire presque sous nos yeux, dans un eczéma du centre de la face. Nous n'en savons nullement la raison, ni s'il y aurait lieu d'incriminer l'âge et la négligence de la malade. Ne connaissant pas d'exemple d'un tel eczéma à la face, nous avons cru devoir signaler cette observation.

M..., âgée de soixante-douze ans, atteinte à l'âge de vingt-cinq ans d'accès d'asthme qui se produisirent pendant trois années, ayant actuellement de l'œdème des jambes par suite de varices, se présente le 13 février 1895 à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, pour une éruption qui lui serait survenue à la face à la suite d'une opération faite sur l'utérus. Cette éruption est localisée d'une part à la région nasale, surtout dans sa moitié inférieure, où elle s'étend de chaque côté sur l'aile du nez, et en bas vers la sous-cloison ; d'autre part, elle occupe à la lèvre supérieure toute la hauteur de celle-ci, sans dépasser les sillons labio-géniens sur les parties latérales ; à la lèvre inférieure, elle est limitée au-dessous de la commissure buccale gauche, sous forme d'une petite plaque arrondie ; enfin, au niveau du creux sous-mentonnier, elle forme un placard eczémateux allongé transversalement.

Cette éruption, très prurigineuse, était un type d'eczéma vulgaire avec rougeur des téguments, suintement caractéristique et formation de croûtes par places. A la suite d'un traitement qui consista d'abord en l'application de cataplasmes d'amidon froids pendant trois jours, puis dans la prescription d'une pommade à l'oxyde de zinc, il y eut d'abord une grande amélioration au bout d'une semaine environ. Mais huit jours après, soit que la malade cessât de se soigner, soit pour toute autre raison, cet eczéma prit un caractère végétant tout particulier, papillomateux, avec fissures entourant les nodosités, rappelant l'aspect de ces eczémas chroniques végétants survenant aux membres inférieurs de vieux variqueux. L'eczéma, toujours limité au nez, à la lèvre supérieure et au creux sous-mentonnier, donnait à ces organes une apparence presque framboisée avec couleur rosée des téguments, sans aucune croûte. Sur le nez, l'une des nodosités avait presque la grosseur d'une petite noisette. Enfin, le bord rouge des lèvres était légèrement squameux et fendillé.

Cette éruption ne pouvait être, en aucune façon, confondue avec l'acné hypertrophique.

Des pulvérisations et l'application d'huile de cade pure furent prescrites alternativement sur le nez du sujet. Mais ce traitement n'amena aucune amélioration ; il est vrai que la

malade, très timorée, se soigna d'une façon très irrégulière. Dernièrement nous lui avons proposé des scarifications, mais nous craignons bien que, pour le même motif, elle nous fasse des visites encore plus rares.

Contagiosité de l'eczéma séborrhéique des régions inguinales. — M. PERRIN (de Marseille) rapporte cinq faits cliniques semblant prouver la contagiosité de l'eczéma séborrhéique de ces régions ; dans tous la dermite congestive, superficielle, catarrhale à type sec, était figurée, annulaire, circinée. Chez les malades observés, l'eczéma séborrhéique s'était primitivement développé dans les régions inguinales crurales ; il n'avait pas été précédé de pityriasis capitis ou d'une autre affection cutanée locale.

Les malades étaient trois hommes et deux femmes, tous jeunes, de 20 à 30 ans, à type blond, vivant dans un contact intime; dans deux cas c'est après un mois environ de cohabitation que la contagion s'est produite.

D'après les faits minutieusement suivis, il semble difficile de nier la contagion dans ces cinq cas, aussi tout en réservant les arguments tirés de l'existence des parasites de l'eczéma séborrhéique, on peut dire qu'au point de vue clinique, les cas rapportés paraissent assez nets pour faire admettre la contagion.

Traitement de la chancrelle phagédénique par l'irrigation continue avec le permanganate de potasse. — M. F. BALZER. Le premier cas concerne un homme de vingt et un ans, atteint d'un bubon consécutif à une chancrelle de la verge et devenu phagédénique depuis cinq mois avec des décollements étendus et profonds, malgré tous les traitements employés. Le traitement par les séances quotidiennes d'irrigation continue modifie l'ulcère en quelques jours et la cicatrisation s'accomplit dès lors régulièrement. Le second cas concerne un homme de vingt et un ans atteint d'un bubon phagédénique datant de trois mois, consécutif à des chancrelles de la verge ; le malade traité par l'irrigation continue guérit complètement en onze jours. Le modus faciendi est le suivant : un récipient contenant une dizaine de litres de solution de permanganate de potasse à 1/1000 et portée au-dessus de 40° est mis en communication avec une canule ou un petit drain que l'on place à la surface de l'ulcère ; on règle l'écoulement du liquide de façon à ce que la séance dure deux ou trois heures environ à une température aussi égale que possible. A la fin de la séance, on peut porter la solution jusqu'a 1/500. Pour certains ulcères à découvert, l'auteur se sert aussi d'uu verre de lampe assez large pour embrasser tout l'ulcère. Ce tube reçoit le liquide jusqu'à un niveau déterminé au-dessus duquel on le laisse écouler en imprimant un léger déplacement de façon à obtenir ainsi le renouvellemet fréquent du liquide. L'auteur insiste sur la supériorité de l'irrigation continue sur la balnéation simple. Dans l'intervalle des séances les malades sont pansés simplement avec de la gaze iodoformée imbibée de liqueur de Labarraque.

Les trichophyties et la teigne à petites spores de Grüby. — M. SABOURAUD (Paris). 1° Les trichophytons donnent lieu, sur la peau glabre de l'homme, à une lésion circinée. Ils n'existent que sous deux formes cryptogamiques : filament mycélien et spore mycélienne (endospores) et ne parviennent jamais, dans la lésion provoquée par eux, à une forme quelconque de sporulation externe. En culture artificielle, au contraire, ils donnent toujours lieu à des grappes de spores externes (sporotrichum). On peut les cultiver à de basses températures (15 à 20°) et ils assimilent les hydrocarbures et en particulier les sucres. Tels sont leurs caractères constants que ne possède aucun autre champignon parasitaire.

Lorsque le trichophyton est pur, qu'il est pris dans une culture jeune et réensemencé purement sur un milieu favorable et chimiquement toujours le même, et que les conditions physiques sont identiques, on aura une culture jeune, facilement reconnaissable et présentant les mêmes caractères que la précédente. Mais si, au lieu de pratiquer des cultures de cheveux trichophytiques pris sur un même individu ou sur plusieurs individus ayant la même source de contamination, on les pratique sur des individus n'ayant pas une source de contamination commune, on obtiendra non pas toujours la même culture trychophytique, mais un nombre considérable d'espèces parasitaires botaniquement différentes. Toutes ces espèces appartiennent à une même famille, celle des sporotrichum-botrytis dont la caractéristique est la multiplication par grappes de spores externes. Si on a réensemencé indéfiniment chacune de ces espèces elle conserve constamment ses caractères personnels, pourvu que l'on observe les conditions de technique.

On peut donc conclure qu'il existe plusieurs champignons parasitaires pouvant déterminer, chez l'homme, la trichophytie et que le nombre de ces champignons est considérable.

Chacune de ces espèces semble avoir une distribution géographique spéciale ; certaines qui sont vulgaires à Paris par exemple, sont inconnues en d'autres endroits. Leur étude ne peut donc avoir de valeur absolue que pour le pays auquel elles appartiennent.

Dans l'épiderme, le trichophyton existe sous deux formes : le filament mycélien et la spore mycélienne. Dans le cheveu, on ne rencontre que la spore mycélienne. Dans l'ongle, on remarque principalement des spores mycéliennes difformes (oïdies).

Trichophytons endothrix. — Ces espèces habitent exclusivement le cheveu. Elles sont à elles seules la cause de la plus grande partie des trichophyties scolaires parisiennes et paraissent spéciales à l'enfant.

La tondante déterminée par le trichophyton endothrix est sèche, presque sans lésions épidermiques ; les plaques sont petites et nombreuses. Elle s'accompagne presque toujours d'inoculations multiples de la peau glabre. Le cheveu est cassé, incurvé dans l'épaisseur de l'épiderme.

Ces trichophytons appartiennent à 2 ou 3 espèces qui donnent, sur le milieu d'épreuve, une culture cratériforme. Ils paraissent n'exister que dans les centres considérables.

Trichophytons ectothrix. — Ils n'envahissent pas le poil de l'homme, mais tapissent sa surface de filaments mycéliens sporulés pour la plupart.

Ces trichophytons sont rares; ils ont été presque tous isolés chez les animaux, à l'état d'ectothrix purs comme chez l'homme.

Il existe en outre à Paris un certain nombre d'ectothrix qui pénètrent plus ou moins profondément dans la couche corticale du poil, ce sont les endo-ectothrix. Ces espèces ont déjà été isolées en grand nombre chez les animaux. Elles ont donc une origine animale, ce qui est prouvé par l'inoculation des trichophyties animales, chez les cochers, cavaliers, les palefreniers, les tanneurs, les tondeurs,

c. Inversement les animaux sont peu exposés à contracter les trichophyties de l'homme. Toutes ces espèces ont l'origine animale a été prouvée par la culture pure, sont, dans le poil humain, des endo-ectothrix ou des ectothrix purs. On doit donc toujours, dans ces cas, chercher l'origine animale.

En France, le trichophyton scolaire de l'enfant ne se trouve jamais dans les trichophyties de la barbe, celles-ci sont toujours produites chez l'adulte par un endo-ectothrix ou un ectothrix pur.

Ces espèces tricophytiques sont très nombreuses: 3 espèces d'endo-ectothrix n'ont pas d'origine animale connue, les autres ont été trouvées directement sur l'animal: cheval, bien, veau, chat, poule. Donc, les 2/3 des tricophyties de la barbe ont une origine animale démontrée.

Les endo-ectothrix et ectothrix purs, pouvant causer toutes les tricophyties, peuvent par conséquent occasionner la tonsure de l'enfant. On a affaire alors à une tondante anormale caractérisée par un cercle épidermique visible, des vésicules, des pustules, de l'infiltration dermique, etc.

Dans toutes les épidémies de tricophyton endothrix scolaire, on n'a jamais constaté d'onychomycose. Celle-ci est toujours produite par l'endo-ectothrix ou l'ectothrix pur du poil de l'homme.

A Paris, le 1/10 des tondantes scolaires, les 9/10 des trichophyties cutanées, toutes les tricophyties de la barbe et toutes les onychomycoses sont causés par l'endo-ectothrix ou l'ectothrix pur dont l'origine animale est prouvée pour un grand nombre et probable pour tous.

Classification. — Toute classification est encore impossible aujourd'hui. Elle différera suivant les pays. Cependant, certains groupes de France sont déjà ébauchés, ce sont:

1° Les trichophytons à cultures cratériformes (endothrix): espèces connues; 2° les trichophytons à cultures acuminées (endo ectothrix): 3 espèces connues; 3° les trichophytons à cultures poudreuses, blanches (endo-ectothrix et ectothrix pur): 6 espèces connues.

En dehors de cette division, il reste plus de la moitié des espèces connues qui ne rentrent dans aucun de ces groupes.

Il existe des trichophytons pyogènes; certains le sont presque toujours, d'autres jamais. Certains d'entre eux causent le kérion.

Mycologie des trichophytons, spore externe. — Si l'on examine une culture de tricophyton, on voit qu'après un temps variable les filaments naissent de la spore même et donnent naissance à des spores pédiculées ou spores externes; le plus souvent ces spores sont réunies en grappe.

Cette grappe est longue ou courte et globuleuse, suivant les espèces; sa direction est rectiligne ou flexueuse.

Ces grappes existent dans toutes les cultures de trichophytons et c'est ce qui doit les faire classer parmi les sporotrichums.

9° *Teigne tondante de Grüby* (*microsporum Audouïni*). — Cette maladie, dont le parasite est le microsporum Audouïni (Grüby 1843), est une tondante de l'enfant caractérisée par de larges plaques, avec desquamation grise, fine adhérente. Lorsque ces plaques n'ont pas encore été traitées, les cheveux malades sont revêtus, séparément, d'une gaine grise, d'aspect épidermoïde, dépassant la peau de 3 millimètres et engaînant les poils. Si on pratique l'épilation, le poil casse à 1 millimètre de profondeur dans la peau.

Au début, cette tondante peut s'accompagner de lésions épidermiques qui disparaissent bientôt. Lorsque la maladie existe depuis un certain temps, ces inoculations ne se produisent plus. Cette teigne est très contagieuse pour l'enfant et, si on ne la traite pas dès le début, elle peut durer plusieurs années. Aux environs de la puberté, elle se termine spontanément sans calvitie.

Le diagnostic de cette maladie est facile, en France. Dans la squame, le parasite se rencontre sous la forme de mycéliums fines et rectilignes. Autour du cheveu, on trouve une mosaïque très fine de spores polyédriques ayant de 2 à 4 m. de m. et ne formant jamais de chaînes ni de filaments. Ils entourent le cheveu et ne pénètrent jamais dans son intérieur. Donc la spore du microsporum Audouïni est une spore externe, très différente des endospores trichophytique ou favique.

Le microsporum Audouïni est le seul parasite cryptogamique dont l'évolution de mucédinée soit complète dans le cheveu. La maladie qu'il provoque est très fréquente en Angleterre; elle est inconnue en Allemagne, en Italie, en Hongrie.

Microsporum Audouïni du cheval. — Il existe chez les jeunes chevaux une sorte d'herpès contagieux qui est causé par le microsporum Audouïni. Il consiste dans un grand nombre de petites taches; le poil est ébouriffé et la tache est couverte d'une croûte; si on l'enlève, le poil vient avec elle et il reste une tache glabre.

Cette maladie est très contagieuse. Le parasite est complètement identique à celui du cheveu de l'enfant; il ne se distingue que par sa plus grande activité et son pouvoir chromogène sur tous les milieux de culture. La contagion peut se faire du cheval à l'homme.

3° *Favus à lésions trichophytoïdes.* — On a constaté, en France, l'existence d'un certain nombre de lésions circinée épidermiques ou pilaires, de nature trichophytique, mais produites par des espèces différentes de trichophytons.

Ces parasites ressemblent objectivement aux favus. Ils ne poussent qu'avec lenteur à une température ordinaire (10 à 25), mais beaucoup plus rapidement à l'étuve de 30 à 35°. Ils liquéfient la gélatine dès le 3° ou 4° jour de leur développement, tandis que les trichophytons ne la liquéfient que vers le 13° ou 14° jour. Les sucres ne servent à rien dans le développement de leur culture. Enfin ils se reproduisent par des oospores et ne présentent jamais la forme en grappe que l'on remarque chez tous les trichophytons.

A l'examen des poils, ils affectent tantôt la forme des favus, tantôt celle des trichophytons.

Leurs lésions, chez l'homme, sont: un cercle trichophytoïde, ou kérion typique; jamais de godets faviques. Inoculés à l'animal, ils ne donnent pas de godets.

Dans tous les cas, l'origine animale a été constatée.

Ces espèces sont donc ou des trichophytons à cultures faviformes ou des favus à lésions trichophytoïdes.

M. Unna (Hambourg) déclare que la pluralité des trichophytons est un fait désormais hors de doute. Il présente des cultures de teigne à petites spores de Grüby-Sabouraud, provenant de Hambourg, de Londres et de Paris. Dans ces cultures on peut constater, bien qu'elles soient semblables, des petites différences héréditaires et permanentes. Elles pourraient peut-être expliquer les divergences cliniques que l'on trouve dans les descriptions des auteurs. Pour mettre ces différences en évidence il se sert

d'une méthode qu'il a appelée la méthode des jardins et qui consiste à ensemencer dans le même vase et côte à côte les diverses colonies. Le milieu de culture étant le même on peut mieux établir les comparaisons.

M. Sabouraud croit, en terminant la discussion, que certains auteurs confondent les trichophytons ectothrix avec le microsporum Audouïni parce qu'ils font plus attention aux dimensions de la spore qu'aux divers organes constitutifs de ce parasite dans le cheveu. La culture permettra de se rendre compte de l'erreur. D'un autre côté, l'examen doit se faire, non sur des lambeaux de cultures ordinaires, mais sur des cultures en goutte suspendue.

On évitera les causes d'erreur à la fois par l'examen clinique, microscopique, cultural et mycologique.

Des hyperkératoses circonscrites. — M. Dubreuilh (Bordeaux). Dans le groupe fort étendu des hyperkératoses circonscrites, on distingue :

1° Les kératoses localisées à certaines régions anatomiques (kératodermies palmaires et plantaires);

2° Les kératoses localisées au niveau de certains organes (follicules pileux, orifices sudoripares, ongles);

3° Les hyperkératoses circonscrites dont la distribution n'est soumise à aucune condition et qui constituent des tumeurs ou des lésions limitées, sans localisation précise. On peut les différencier suivant que les lésions atteignent l'épiderme ou en même temps la couche papillaire, ou encore suivant que le processus débute dans l'épiderme ou dans le derme.

A. — *Hyperkératoses circonscites d'origine traumatique.* — Ce groupe comprend le durillon et le cor qui proviennent directement de pressions et de frottements répétés. La kératinisation se fait rapidement, mais normalement; la lésion n'intéresse que l'épiderme.

B. — *Hyperkératoses circonscrites d'origine congénitale. — Nævus kératosique.* — Le nævus est une altération limitée de la peau d'origine congénitale et de nature hyperplasique. Un certain nombre de lésions qui n'apparaissent que dans l'âge mûr reconnaissent la même origine congénitale.

Les nævi se distinguent entre eux par l'âge d'apparition, par la distribution, les lésions pouvant être uniques ou multiples, disséminées ou systématisées, enfin par la structure anatomique.

Le nævus kératosique constitue un cas particulier; il peut être pur ou le derme peut présenter des altérations de même ordre. En général, il consiste dans une hypertrophie de toutes les couches de l'épiderme, surtout de la couche cornée et quelquefois aussi des papilles.

C'est au nævus kératosique qu'il faut rattacher la plupart des faits décrits sous le nom d'ichtyose hystrix et de corne cutanée. Les cas de cornes multiples juvéniles ont une structure plus simple que les cornes séniles; leur nombre est très considérable; leur distribution est différente; on les rencontre presque toujours chez des jeunes filles; enfin les lésions sont souvent précédées de macules rouges et apparaissent au cours de la première année.

C. — *Hyperkératoses papillaires.* Ces lésions sont à la fois des papillomes et des acanthomes. On distingue parmi elles : la verrue plane juvénile, la verrue vulgaire qui offrent une grande ressemblance avec les condylomes acuminés ou végétations des muqueuses.

1° La verrue plane juvénile siège à la face et peut, de là, atteindre le cuir chevelu, le dos ou la paume de la ma Son aspect est tout à fait différent de la verrue vulgaire. peut arriver qu'un individu porteur de verrues plan d'une main ait une poussée généralisée aux deux mains à la face; l'éruption est tout entière composée de verru planes.

2° La verrue vulgaire possède un aspect différent suiva les régions qu'elle occupe; la verrue du dos de la ma peut être prise comme type moyen. Elle débute par bourgeonnement de l'épiderme vers le derme et, dans certain nombre de cas, il se produit, au bout de quelq temps, une altération cellulaire qui aboutit au remplac ment de la substance cornée normale par du tissu spé gieux, analogue à la moelle de sureau.

D — *Kératoses précancéreuses.* — Il existe tout groupe de lésions hyperkératosiques que leurs caractèr histologiques font ressembler à l'épithélioma et qui ont u grande tendance à aboutir, bien que non fatalement, cancer épithélial. Ce sont :

1° Les cornes cutanées séniles;

2° Le kératome sénile qui constitue les croûtes épiderm ques grasses que l'on voit sur la face des vieillards et s le dos des mains. Il s'accompagne d'atrophie sénile t marquée à ces endroits, d'une pigmentation brune, de m cules blanches décolorées, de dilatations vasculaires. n'affecte guère que les parties découvertes et il est souve le point de départ du cancroïde de la face;

3° Le xeroderma pigmentosum;

4° La kératose verruqueuse d'origine arsénicale qu'il fa distinguer de la kératodermie diffuse de la paume des mai et de la plante des pieds due à la même cause. C'est mode de début le plus habituel du cancer arsénical;

5° et 6° Le cancer des ramoneurs et le cancer des raf neurs de pétrole débutent par des productions verruqueus hyperkératosiques tenant au contact prolongé de substanc irritantes spéciales;

6° Les leucokératoses qui, bien qu'elles n'affectent q les muqueuses, n'en sont pas moins de véritables kératos avec production anormale de tissu corné normal reposa sur une couche granuleuse semblable à celle de l'épiderm Leur transformation maligne est assez fréquente.

E. — *Hyperkératoses d'origine dermique.* — Dans ce tains cas, une lésion limitée du derme détermine seconda rement une hyperkératose limitée également.

1° Dans l'angiokératome, il y a formation d'un angiom très superficiel qui peut constituer toute la lésion, ma souvent aussi une petite plaque cornée résistante pe prendre naissance à sa surface.

2° L'inflammation chronique du derme peut aboutir même résultat, c'est-à-dire à la formation d'un rebord calle de tissu corné autour d'un ulcère ancien, d'une fistule d'un mal perforant.

Du traitement des leucokératoses buccales. — M. P rin (de Marseille) a eu l'occasion de traiter chirurgica ment 7 malades atteints de leucoplasies buccales. Ces m lades étaient en observation, les uns depuis 10 à 12 m les plus anciens depuis 7 et 9 ans, et leurs lésions, plus moins étendues, variaient depuis la plaque épaisse, blanc plane, jusqu'à la plaque papillomateuse et à transformati épithéliale.

L'opération a consisté dans l'excision au thermo ou a galvano-cautère. La guérison a été complète et durable :

s'est reformé aucune plaque nouvelle au niveau des rties où étaient les anciennes.

Le plus souvent il suffit de pratiquer l'anesthésie locale la guérison s'obtient en 3 ou 4 semaines.

On peut ainsi, par une intervention qui ne fait courir eun risque au malade, le mettre à l'abri du danger de pithélioma.

De l'iodhydrate d'iodate de quinine dans les accidents philitiques secondaires. — M. Assaky (Paris). — iez 14 malades atteints de syphilides papuleuses accompgnées de plaques muqueuses, de roséole associée à des philides muqueuses ou de manifestations virulentes, alisées aux muqueuses seulement (buccale, vulvaire, sale), l'iodhydrate d'iodate de quinine, administré par la ie stomacale, s'est révélé comme un agent médicamenteux pable d'influencer, à bref délai, l'état local, et d'amener, à i seul, la disparition des accidents.

Prophylaxie de la lèpre. — M. Campana. En consirant la nature et les symptômes spéciaux de la lèpre, on rive à cette conclusion que si les nations civilisées s'acrdaient sur les mesures à prendre pour diminuer la difsion de la maladie et pour la traiter, on arriverait à sa nitation et à son extinction progressive.

Le traitement local est nécessaire au premier stade de la re contre les tubercules et les macules lépreuses. Elles uvent être détruites par un traitement chirurgical radical ivi de cautérisation.

L'antisepsie et l'asepsie rigoureuse est de rigueur dans le itement de ces diverses lésions, ce traitement doit se ter aux exigences particulières de chaque cas, il variera ivant le nombre, le siège et le développement des lésions.

La lèpre tuberculeuse est un processus purement local is grave, et sa contagiosité, qui a été prouvée expérimenement, est en proportion directe avec la durée de la sion. D'où la règle de détruire les lésions aussitôt elles apparaissent.

Les mutilations graves, les phénomènes fébriles et hecues qui peuvent survenir dans la lèpre, résultent des nditions septiques créées par les ulcérations et les ulcères phiques. Lorsque ce traitement bien dirigé a eu raison ces manifestations extérieures, cette infection générale t diminuée.

C'est pour cela que la guérison des brèches de la peau, s ulcérations, des portes d'entrée des infections secondires, est d'une si grande importance dans les asiles de reux.

Quand ces phénomènes généraux sont survenus, le traiment consiste à les attaquer directement, en recherchant entivement la nature et la source de l'Infection surajoutée en changeant les conditions hygiéniques mauvaises dans squelles ces infections se sont développées chez le lade.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL E GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896.

Le Congrès s'est ouvert le 31 août sous la présidence du Aug. Reverdin de Genève. Les cinq questions suivantes avaient été désignées comme devant être l'objet de discussions :

Gynécologie : 1° Traitement des suppurations pelviennes ; 2° Traitement chirurgical des rétro-déviations utérines ; 3° Du meilleur mode de fermeture de l'abdomen.

Obstétrique : 1° Statistique internationale relative à a fréquence et aux formes les plus communes des rétrécissements du bassin ; 2° Traitement de l'éclampsie.

Nous donnons ci-dessous le remarquable rapport présenté sur la première question de gynécologie par G. Bouilly.

Le traitement des suppurations pelviennes. — M. G Bouilly, rapporteur. I. — Le traitement des suppurations ne saurait être utilement institué sans la cennaissance préalable aussi exacte que possible du siège de la suppuration. De la connaissance de ce siège dépend le choix de la méthode de traitement.

Les abcès pelviens considérés au point de vue de l'intervention chirurgicale peuvent être classés de la façon suivante :

a) Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon périutérin ;

b) Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées ;

c) Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées ;

d) Suppurations complexes dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Ces divers types répondent à la généralité des cas.

II. — La ponction ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont :

1° L'incision simple suivie de drainage, pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale ;

2° L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la laparotomie ;

5° L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'hystérectomie vaginale préalable avec ou sans morcellement de l'utérus ;

4° On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes :

a) L'ablation par la voie vaginale de petites collections unilatérales, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé ;

b) L'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la voie abdominale.

III. — L'incision simple suivie de drainage représente la méthode de choix :

a) Pour l'ouverture des abcès pelviens aigus d'origine cellulaire. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection, soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin ;

b) Pour l'ouverture des collections péritonéales primitives d'origine post-puerpérale, post-abortive ou gonorrhéique, aiguës ou subaiguës, ou consécutives à une infection péritonéale post-opératoire :

c) Pour l'ouverture des hématocèles suppurées ;

d) Grâce à une meilleure antisepsie vaginale et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné

du terrain dans le traitement des abcès pelviens enkystés siégeant dans les annexes.

Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec efficacité et sécurité que si la poche est unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située sur les côtés de l'utérus ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact ou au voisinage de la paroi vaginale.

Elle trouve sa meilleure indication dans les suppurations aiguës de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette opération d'attente donne les meilleurs résultats immédiats et assure la guérison définitive dans un nombre de cas plus considérable qu'on ne le croirait *a priori*.

L'insuccès de l'incision vaginale démontré par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration ne compromet pas une opération ultérieure par l'hystérectomie vaginale.

IV. — La laparotomie et l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des suppurations pelviennes ne sont pas des méthodes rivales ; elles ont l'une et l'autre leurs indications et leurs avantages.

Les indications de la laparotomie sont dominées par la considération du siège unilatéral des lésions. Quand il s'agit d'une jeune femme, toutes les fois qu'il y a doute sur la bilatéralité des lésions, la laparotomie qui permet par la vue le contrôle du côté opposé s'impose comme opération de choix.

Cette considération, surtout très importante quand il s'agit d'infections annexielles non suppurées, perd une partie de sa valeur quand il s'agit de lésions suppurées. Lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint de lésions inquiétantes pour l'avenir.

Tous les efforts du diagnostic doivent tendre à déterminer d'une manière aussi précise que possible le siège uni ou bilatéral des lésions.

Le doute sur la nature des lésions — possibilité de la présence d'un kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, d'une grossesse extra-utérine — fera préférer la laparotomie. La question se trouve du reste en pareil cas généralement tranchée par la considération du siège unilatéral de la collection.

Dans les cas de lésions bilatérales où les indications des deux opérations peuvent être discutées, la situation des poches purulentes, par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux, devient une source importante d'indications.

La laparotomie peut revendiquer les poches haut situées, adjacentes au fond et aux cornes de l'utérus, assez éloignées de cet organe et des culs-de-sac vaginaux pour que la matrice jouisse d'une certaine indépendance et de quelque mobilité, plus abdominales que pelviennes, non entourées de tissus épaissis et indurés, n'ayant pas été la cause de poussées pelvi-péritonéales à répétition. Dans ces conditions, les poches purulentes peuvent être facilement décortiquées et pédiculisées par la laparotomie. Leur ouverture aveugle et précoce, au cours d'une hystérectomie vaginale, peut donner lieu à une infection péritonéale aiguë par souillure des anses intestinales au milieu desquelles elles sont situées, et qui ne sont pas défendues par une ancienne barrière d'adhérences organisées.

En dehors de ces restrictions, basées sur le siège unilatéral de la lésion, sur l'incertitude de la nature de cette lésion sur la situation élevée de la poche purulente, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes :

1° Peut faire tout ce que ferait la laparotomie ; elle permet d'enlever facilement les trompes suppurées, les pyo-salpinx, les ovaires suppurés ;

2° Permet d'atteindre et de guérir des lésions contre lesquelles la laparotomie est impuissante ou trop dangereuse.

Seule elle permet d'ouvrir et de drainer des collections purulentes incluses dans des annexes fusionnées avec les parties voisines ou circonscrits par des adhérences, séparées de la grande cavité péritonéale par des tractus solides et organisés, véritable processus fibreux, pour lesquels par la laparotomie la vie est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse.

Elle représente la méthode de choix dans le traitement des grosses poches adhérentes, non énucléables ou difficilement énucléables, compliquées ou non de fistules.

Mieux que toute autre méthode, elle peut guérir les suppurations chroniques du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée et le plus souvent à communication avec les organes du voisinage.

Dans ces cas, l'opération doit rester presque toujours purement évacuatrice ; l'ablation de l'utérus représente le drainage idéal grâce auquel les collections se vident, peuvent être détergées et taries. Vouloir en cette circonstance pratiquer l'extirpation de la poche, c'est faire perdre à l'opération tous les avantages de sa simplicité et de sa bénignité et méconnaître un des rôles principaux de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

V. — Les résultats opératoires immédiats fournis par la laparotomie ne sauraient plus constituer un argument en faveur de cette méthode ; la proportion des succès par l'opération vaginale s'est notablement accrue dans ces dernières années.

L'avantage reste à l'hystérectomie vaginale qui s'adresse à des lésions contre lesquelles la laparotomie serait impuissante ou dangereuse. Appliquée à la cure des cas simples l'hystérectomie donne une proportion de succès égale sinon supérieure à ceux de la laparotomie ; appliquée au traitement des cas graves, elle donne une proportion plus considérable et représente une intervention relativement bénigne.

Dans le traitement des suppurations pelviennes, l'ablation de l'utérus ne peut être considérée comme une quantité négligeable pour assurer le succès immédiat et définitif.

Un certain nombre de laparotomistes en ont aujourd'hui reconnu la nécessité et pratiquent par la voie abdominale l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus.

Cette ablation :

1° Assure un drainage parfait dont l'efficacité merveilleuse est la cause la plus probable de la grande bénignité et de l'extrême simplicité des suites opératoires après l'hystérectomie vaginale ;

2° Elle prévient dans l'avenir les troubles dont l'utérus laissé en place peut être l'occasion, douleurs, métrorragies, écoulements purulents, infection persistante ou récidive.

u péritoine pelvien, contre lesquels l'hystérectomie vagiale secondaire a été souvent nécessaire.

Aussi, la guérison immédiate est plus rapide et les résultats éloignés sont meilleurs.

Les troubles généraux consécutifs à la suppression de la onction menstruelle paraissent moins marqués après la astration utéro-annexielle qu'après la simple ablation des nnexes.

En résumé, dans l'immense majorité des cas non justiiables de l'incision simple, l'hystérectomie vaginale repréente la méthode par excellence de traitement des suppuraons pelviennes et la laparotomie ne vit plus que de ses ontre-indications.

M. G. Richelot (Paris). Dans toute pratique réfléchie, haune des trois méthodes a sa place.

L'incision vaginale directe, la plus ancienne des trois mérodes, est conservatrice, mais la laparotomie ne l'est pas oins. Elle est plus facile qu'une kystérectomie, mais elle 'est pas à la portée de tout le monde. On fait des onctions blanches, des blessures de l'intestin. Pour que incision vaginale reste bonne, il faut limiter son rôle aux ndications qu'elle sait remplir, elle peut être entourée d'éueils. Certains foyers se ferment et guérissent, mais l survient une récidive par le réveil du même abcès ou l'évolu on d'un autre plus profond. L'incision vaginale est expoée à laisser après elle, sinon toujours, des abcès, du moins ien des causes d'infection nouvelle et de réveil douloureux. l faut donc s'attendre à des résultats incomplets et à des échutes fréquentes. Toutefois elle est indiquée dans les cas e suppuration aiguë et récente, parce qu'elle dispense d'ourir le péritoine dans les suppurations tubaires très virulentes qui suivent de près l'accouchement, ou parce que ans la période puerpérale la friabilité des tissus rend très raves toutes les manœuvres d'extirpation.

La laparotomie est depuis longtemps consacrée. Un premier point à examiner, c'est la gravité immédiate, elle est en elation étroite avec la qualité du pus et les adhérences ntimes avec l'intestin grêle. Un second point : c'est la vaeur des opérations incomplètes. Leurs suites ne sont pas rillantes. Troisième point : le pronostic thérapeutique, 'est-à-dire la solidité de la guérison après les opérations même bien terminées, l'extirpation des annexes par la voie bdominale ne donne pas toujours de guérison définitive, t cela parce qu'elle laisse dans le ventre un utérus souvent nfecté, congestionné, douloureux, qui oblige un peu plus ard à une hystérectomie vaginale secondaire. La laparoomie triomphe toutes les fois qu'il y a des organes à respecter. Telle est son indication vraie. L'âge de la malade, a certitude ou l'espoir d'une lésion unilatérale, telles sont es raisons qui doivent nous guider.

L'hystérectomie vaginale a fait ses preuves de bénignité elative. Sur mes 569 hystérectomies vaginales, j'ai actuellement une mortalité de 4 1/2 pour 100, le relevé partiel es suppurations donne 6 1/2. Sur mes 300 derniers cas, es morts mises à part, toutes ont guéri sans aucun incident opératoire, sans aucune réserve.

Les succès réguliers de l'hystérectomie sont dus aux facilités d'éviter deux écueils : la contamination du péritoine t la blessure dr l'intestin grêle. Ici, tout autre est la vaeur des opérations incomplètes. Les trompes et les ovaires emeurent silencieux après la disparition de l'utérus, bien lutôt que l'utérus après la disparition des annexes. Après la castration utérine les poches purulentes reviennent promptement sur elles-mêmes et ne restent pas fistuleuses. Le but auquel nous devons tendre n'en est pas moins l'extirpation complète. Après la disparition de l'utérus et l'évacuation du pus, le pansement des organes malades vaut autant que leur suppression.

La netteté de la guérison, pour ceux qui ont pratiqué les deux méthodes, est liée pour une grande part à la castration utérine. Ce qui le démontre, c'est le résultat constamment heureux de l'hystérectomie vaginale secondaire.

On voit maintenant comment je conçois les indications de l'hystérectomie vaginale : sauf les cas réservés à la voie abdominale et à l'incision directe, elle est par sa bénignité et la sûreté de ses guérisons la méthode de choix pour les suppurations pelviennes.

Le manuel opératoire est délicat et la vulgarisation de l'hystérectomie contre les suppurations pelviennes repose absolument sur l'usage des pinces. J'ai toujours prêché l'hémostase complète, absolue, il n'y a pas de déshonneur à laisser quelques pinces de plus et c'est quand je ne vois plus une goutte de sang que je me décide à tamponner la plaie.

J'ai décrit ma pratique personnelle et j'ai montré mes préférences pour l'hystérectomie vaginale, méthode de choix contre les suppurations pelviennes ; j'ai défini les indications de la laparotomie, méthode de conservation chez les femmes jeunes ; enfin j'ai limité le rôle de l'incision directe aux cas aigus de la période puerpérale et au traitement de quelques foyers simples. C'est ainsi, à mon avis, que l'avenir jugera et subordonnera les trois méthodes.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le doyen de la Faculté de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées, le legs fait à ladite Faculté par le sieur Edmond-Alexandre Rigout, suivant son codicille olographe du 18 novembre 1893, et consistant en la nue propriété de la somme nécessaire pour la constitution en 3 p. 100 français d'une rente annuelle de 900 ou 1,000 francs, si les ressources de la succession y suffisent, ce revenu devant, après le decès de l'usufruitière, recevoir l'affectation suivante : 1° 500 francs pour la meilleure thèse de chimie physiologique ou de bactériologie ; 2° 300 fr. à la bibliothèque de la Faculté ; 3° 100 ou 200 francs, suivant le cas, à servir annuellement à la Société d'enseignement (ligue Macé).

Ecole de médecine de Reims. — Par arrêté ministériel, en date du 7 septembre 1896, un concours s'ouvrira, le 8 mars 1897, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Le choléra en Egypte continue sans diminuer d'intensité. Ainsi il y a eu de vendredi à lundi, dans la Basse-Egypte, 33 nouveaux cas de choléra et 30 décès ; au Caire 115 nouveaux cas et 100 décès, dont celui d'un soldat du régiment de Stafford ; dans la Haute-Egypte, 255 nouveaux cas et 217 décès.

Un scandale médical en Angleterre. — Sous ce titre, le *Temps* publie dans ses faits divers l'article suivant:

Deux médecins de Londres viennent d'être arrêtés sous l'inculpation d'avoir pratiqué des manœuvres abortives qui ont entraîné la mort de leur patiente. Ce sont les docteurs Timothy Jones et Henry Richard, tous deux domiciliés dans l'Est.

Dans le courant de la semaine dernière, un jeune homme nommé Muller — qui est également sous les verrous — se présentait chez le docteur Jones, accompagné de sa maîtresse, miss Lily Challenger, enceinte de plus de quatre mois. Il le décida sans trop de peine à faire subir à cette malheureuse une opération qui pouvait lui coûter la vie et dont la victime était incapable de mesurer les dangers. L'opération fut consommée le lendemain dans le cabinet du docteur Richard, que M. Jones avait jugé prudent de s'adjoindre. La jeune fille fut ensuite reconduite chez ses parents en voiture. Le lendemain, elle succombait, après avoir raconté tous les détails de l'avortement.

Le magistrat de police, qui a interrogé les trois accusés, a ajourné la suite de son enquête au 30 de ce mois, la police se croyant sur la trace d'autres crimes analogues reprochés par la rumeur publique aux deux médecins.

Pajot, auteur dramatique. — A propos de la mort du célèbre professeur d'accouchements, on n'a pas manqué de rappeler la verve qu'il déployait dans ses cours de la Faculté de médecine, de citer ses bons mots, ses aphorismes pittoresques dont quelques-uns sont devenus classiques.

On sait qu'il fut un fervent pêcheur à la ligne; on ignore peut-être qu'il fut aussi poète, et poète aussi fécond que varié dans ses productions.

On cite bien de lui quelques épigrammes; voici un huitain peu connu dont la victime est cet excellent Bernutz — un Ardennais — gynécologue habile mais bien mauvais écrivain; le malheureux, dans un article de quatre pages, avait employé 132 fois les mots *qui* ou *que!*

A l'apparition d'un nouveau journal tocologique

Qui que tu sois, quoi que l'on pense
Pourquoi que tu romps le silence ?
Dis-moi pour que, pour qui, pourquoi ?
Que tu n'écris qu'en Iroquoi ?
Te tenant coi, grand Tocologue,
Pour quiconque qui craint pour soi
Pourquoi que t'aurais pas la vogue ?
Quoi qu'en restant dans ton coin — coi ?

Dr Topja.

Mais Pajot avait à son actif bien d'autres productions poétiques.

Nous possédons dans notre collection une réponse au docteur Chéreau qui en dit long sur la fécondité littéraire de Pajot; elle intéressera sans doute nos lecteurs :

« Hélas, cher Confrère, votre tact ne vous a pas trompé.

« Dans ma jeunesse, dans mon âge mûr même, ô honte ! j'ai entretenu quelque commerce impur avec les Muses et Pégase m'a fichu par terre bien des fois.

« Drames, comédies, vaudevilles, 52 actes joués dans tous les bouis-bouis et autres bobinos de l'époque, et certains 300 fois, sous pseudonymes. *Pro pudor !*

« Poésies, épigrammes, madrigaux, tous les crimes !

« Mais j'ai droit encore à votre indulgence.

« Je me suis rendu justice. Jamais, non jamais, de mon consentement, je ne me suis laissé imprimer.

« Rangez donc les aigles dans votre Capitole, et ne me mettez pas même dans la cage à côté, parmi les... autres.

« Je vous promets que je ne le ferai plus et vous serre[z] main bien cordialement.

« Prof. Pajot »

Chéreau ne put sans doute trouver la clef de l'anonyt[at] sous lequel sont cachées les œuvres lyriques et dramatiq[ues] du professeur Pajot, car son nom ne figure pas dans *Parnasse médical français.*

(O. G *Union médicale du Nord-Est.*)

La mortalité à Paris. — Sans être aussi faible que p[en]dant la 35e semaine 753, les chiffres des décès pendant 36e semaine (du 30 août au 5 septembre) ne se sont élev[és] qu'à 764 (chiffre très inférieur, la moyenne 847).

Les maladies épidémiques continuent à être rares (26 lieu de 30 et de la moyenne 39), la fièvre typhoïde causé 9 décès au lieu de 5 et de la moyenne 12, la ro geole 10 au lieu de 4 et de la moyenne 6, la coqueluch au lieu de 8 et de la moyenne 5, la diphtérie 3 au lieu d et de la moyenne 12.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, par influenza, ni par scarlatine.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 53 dé au-dessous de 1 an au lieu de 48 et de la moyenne 85.

En outre 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respi tion ont causé 65 décès (au lieu de 41 pendant la semai précédente et au lieu de 68, moyenne ordinaire de la s son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronch aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 8); bronchite ch nique, 15 décès (au lieu de la moyenne 19); broncho-pn monie, 21 décès (au lieu de la moyenne 18); pneumon 20 décès (au lieu de la moyenne 23). Les autres malad de l'appareil respiratoire ont entraîné 28 décès, dont sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 162 décès au lieu de moyenne 176; la méningite tuberculeuse, 10 décès; la m ningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles précèdent ont causé 23 décès; l'apoplexie, la paralysie le ramollissement cérébral, 49 décès, et les maladies or niques du cœur, 51; le cancer a fait périr 50 personnes. En 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 21 suicides et 11 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 433 mariages.

On a enregistré la naissance de 1084 enfants viva 563 garçons et 521 filles, dont 795 légitimes et 289 il gitimes. Parmi ces derniers, 50 ont été reconnus immédi tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 309 enfants, don seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 89 seront no ris au sein et 220 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 70 morts-nés, dont 45 lé times et 25 illégitimes.

Nécrologie. — Le Dr Raud, de Luçon (Vendée), déc à l'âge de 45 ans. — Le Dr Garnier, de Saint-Anto (Bouches-du-Rhône). — Le Dr Kuenemann, médecin la marine. — Le Dr Simon (Charles) de Beauvoir-sur-N (Vendée). — Le Dr Aldibert (de Toulouse) reçu en 18

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diasta
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux p

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régéné teur représentant p. 50 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. viande. Anémie. Fièvres. Convalescences. Mala ies l'Estomac et des intestins.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constip pas.*

Le Gérant : A. Chevalereau

Paris. — Imp Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.